#  .............................., dnia ………….r.

..........................................................

 (imię i nazwisko)

..........................................................

 (adres)

.........................................................

.........................................................
 (nr telefonu osoby upoważnionej
 do kontaktu )

**Starostwo Powiatowe w Brzezinach**
ul. Sienkiewicza 16, 95-060 Brzeziny

## ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO- załatwienie sprawy w języku migowym.

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (DZ.U. z 2017 r., poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:

* polskiego języka migowego (PJM)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina) …………………………………
…………………………………………………………………………………………………...
3. Cel wizyty w urzędzie (komórka organizacyjna i /lub rodzaj sprawy)………………………. .…………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...
4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności.

.........................................

 (podpis)

**Uwagi:
\*** niepotrzebne skreślić